心理科学进展 2019, Vol. 27, No. 11, 1793–1801
Advances in Psychological Science DOI: 10.3724/SP.J.1042.2019.01793

·主编特邀(Editor-In-Chief Invited)·

奏响长者的“生命质量”凯歌*

谢晓非 邓 州 李慕轼 朱敏帆
(北京大学心理与认知科学学院、行为与心理健康北京市重点实验室, 北京 100871)

摘 要 “健康老龄化”的探索中, 指标的定义至关重要。“生命质量”综合了生理、心理、社会、环境等多维度指标, 优于“预期寿命”、“健康预期寿命”等传统概念, 其定义在发展中被广为接受, 强调个体自评的主观性、可塑性和多维度。促进积极心理因素的干预是改善老年生命质量的有效路径。老龄化过程虽必然伴随生理系统衰退, 但心理系统积极参与, 仍能为年长者奏响生命质量的凯歌。

关键词 生命质量; 预期寿命; 健康预期寿命; 健康老龄化
分类号 B844

1 引言

长寿意味着健康吗? 人们追求的健康仅仅是长寿吗? 显然不是, 健康可以带来长寿, 但长寿并不一定代表有生命质量的老年生活。要促使人们积极看待老龄化, 使用“预期寿命”这个以死亡为终点的概念并不恰当。预期寿命(life expectancy, LE)指人群预期存活年数, 而健康预期寿命(healthy life expectancy, HLE)是进阶概念, 指人群保持完全健康状态尚能存活的期望年数。学界多采用健康预期寿命反映生命的长度和质量。常用的健康预期寿命指标与伤残调整预期寿命(disability-adjusted life expectancy, DALE)密切相关, 主要以日常生活能力(activities of daily living, ADL)作为计算健康预期寿命的依据(黄匡时, 2018)。但是, HLE将日常生活能力等同于健康近年受到挑战, 研究者们在此基础上提出了一个更为全面和综合的指标——生命质量(quality of life, QOL)。

生命质量包含生理、心理、社会、环境等多方面的主客观评价, 相比当前主要考虑生理维度的健康预期寿命概念, 意义更积极。若只考虑生理维度, 我国的大部分老年人很难维持高健康水平。伴随着全国老人预期寿命的提高, 老年期生理衰退和慢病无法避免。2015全国老年人口调查表明, 低龄(60~69岁)老年人口占56.1%, 中龄(70~79岁)老年人口占30.0%, 高龄(80岁及以上)老年人口占13.9%。其中, 79.97% 60岁以上老年人患慢性病, 此比例在80岁以上老年人为85.28% (党俊武, 2018)。所以, 大多数老年人都身患至少一种慢病, 无法达到完全生理健康, 因此需探索如何提升老年人整体生命质量。中共中央、国务院于2016年10月发布《“健康中国2030”规划纲要》, 明确要求“人民健康水平持续提升, 人民身体素质明显增强, 2030年人均预期寿命达到79.0岁。”习近平总书记谈到人口老龄化问题时也强调, 要着力增强全社会积极应对人口老龄化的思想观念, 要积极看待老龄社会, 积极看待老年人和老年生活。老年是人生命的重要阶段, 仍然可以有作为、有进步、有快乐。从老年阶段特点来看, 需要深入理解老年人生命质量的主观性、可塑性、积极性和多维度特性, 关注心理因素对老年人生命质量的重要作用和相关干预手段。下文将从预期寿命到生命质量的发展过程来展开论述, 探索如何进行积极心理干预, 奏响年长者生命质量的凯歌。

2 生命的长度与质量

预期寿命增加是一把“双刃剑”。许多国家在

收稿日期: 2019-05-05
* 国家自然科学基金(91224002和71772007)资助。
通信作者: 谢晓非, E-mail: xiaofei@pku.edu.cn

进入老龄化社会后，预期寿命与健康预期寿命差值也普遍增加，即整体生命质量呈现下降趋势。2013 年全球平均健康预期寿命与预期寿命相差 9.2 岁；发展中国家差异为 8.7 岁，发达国家差异达 10.6 岁(李成福，刘鸿雁，梁颖，王晖，李前慧，2018; Murray, Barber, & Foreman, 2015)。这表明发达国家预期寿命相对高，但健康预期寿命与预期寿命的差值也越大。

这是个残酷的事实，说明人寿命延长的同时，功能缺损时间也延长；人的健康生存时间并未与预期寿命同步增长，增加的多是低生命质量寿命。此事实客观而非主观存在——已有研究发现，老年人幸福感比中年人和年轻人都高(Roberts, Banyard, Grych, & Hamby, 2019)。这意味着即使面临不可避免的生理功能衰退，老年人依然能保持良好的主观心理体验。这种主观体验背后可能是老年人的期望更低、接受生理衰退。但若人们自评自己幸福快乐，无论是何原因，他们就是幸福快乐。相对于老年阶段的损失和衰退，关注和提升老年人积极主观体验，可以促进其持续自我发展，也是改变社会对老年群体消极刻板印象的必要条件(Gladman, 2019)。要积极应对老龄社会，我们不能只关注老年人丧失的部分，更须关注老年人保留的积极部分。

总而言之，在理解和探索“健康老龄化”过程中，人们用“健康预期寿命”升级了“预期寿命”概念。进而，我们认为“生命质量”的概念意义更积极，具备主观性和可塑性，更能综合地体现生命的长度和质量。

2.1 健康预期寿命

中国老年人的预期寿命和健康预期寿命都有所增长，但是预期寿命与健康预期寿命的差值扩大，不健康预期存活时间在剩余寿命占比上升，且随增龄比重上升得越来越快。整体而言，我国老年人健康状况改善程度低于寿命延长(沈卓之等，2015; 孙喜望，赵超，李琳琳，宋敏敏，冯丽云，2011; 谭远发，朱明姣，周葵，2016)。

究其原因，第一，随着医疗技术进步，某些致命疾病通过恰当方法得到治疗，死亡率降低。但这些疾病导致的功能缺损在所难免，最终增加不健康预期寿命。具体来说，一方面社会经济地位高者健康预期寿命和预期寿命提升更大；另一方面，增龄性生理老化和功能衰退，社会经济地位和教育水平较高的老人，虽自身健康状况较差仍可依赖医疗技术存活，但其不健康预期存活时间在剩余寿命中占比增加(焦开山，2018)。第二，中国医疗资源和服务的地区差异大，欠发达省份和农村地区许多老年人仍缺乏医疗保障，无法也无力及时就医，导致失能与不健康预期寿命增加。老年人健康预期寿命确有城乡和省际间差异(谷琳，2015; 乔晓春，胡英，2017)。

基于日常生活能力和功能缺损视角，上述结论概括了健康预期寿命的主要观点。这一视角缺陷明显，将健康等同于日常生活能力，忽视了人的心理和社会性功能。生命质量相关理论与实证研究则包含了这些缺失因素，与基于 ADL 的健康预期寿命的研究结果大相径庭。

2.2 生命质量

生命质量(Quality of Life)亦称生活质量或者生存质量。广泛认同的定义由 WHO 提出，不同文化和价值体系中人对其生活目标、期望、标准以及有关生活状态的体验，包括身体机能、心理状况、独立能力、社会关系、生活环境、宗教信仰与精神寄托。该定义强调了生命质量的多维性和主观性(李鹃，王宏，汪洋，2010; 张迪，何作顺，2015; The WHOQOL Group, 1998; Tseng, Liu, Lou, & Huang, 2018)。生活质量这一翻译常用于社会学范畴，生存质量则强调生物–医学模式。生命质量这一译法强调生物–心理–社会医学模式，符合中文本意，强调全生命周期视角下人生命的质量。

老年人生理功能随增龄不可避免地出现退行性变化，并伴随慢性病发病率以及残疾发生率升高，人们认为这代表着老年群体生命质量的下降。但事实上，生理衰退不代表其生命质量全面下降。近 2/3 的 65 岁以上被调查者认为其生命质量高(Farquhar, 1995)。老年人与同龄群体比较社会交往、亲密关系、健康、物质环境和日常活动状况，积极评价其生命质量。也就是说，有生理健康和功能问题者的生命质量分数不一定低(Brett, Dykiert, Starr, & Deary, 2019; Carr & Higginson, 2001; Shackleford, Kelley, & Spratling, 2019)。生命质量概念范畴比生理健康更广，从而能更准确、更全面地反映人的整体生命状态(Netuveli & Blane, 2008)。

生命质量不仅是生理健康问题，还是具有主观色彩的总体评价，包含其社会联系和心理健康

等因素。老年人的生命质量不同维度的重要性排名依次为社会关系、健康、活动、功能性能力、幸福、自有住所居住、个人经济状况、个人信仰和态度(Wilhelmson, Andersson, Waern, & Allebeck, 2005)。年轻人和老年人生命质量维度的相对重要性排序有所不同。老年人认为, 独立和控制日常生活能力对其整体生活质量特别重要, 年轻人则认为心理健康最重要(Ratcliffe et al., 2017)。

中华医学会老年医学专科委员会将老年人生命质量定义为 60 岁以上人群对自己身体、精神、家庭和社会生活美满的程度以及老年生活的全面评价(张姣姣, 曹梅娟, 2010)。

总而言之, 已有研究界定老年人生命质量通常包含生理、心理、社会关系及环境因素影响。生命质量指标需有所侧重老年人相关评价的主观性; 仅依据生理健康、功能缺损等客观指标衡量老年人生命质量, 会损害其生态效度。

2.3　生命质量的四大特征

生命质量有四个关键特征, 分别是可塑性、主观性、单维度–多维度性和积极–消极性(Moons, Budts, & Geest, 2006)。四个特征构成了生命质量视角下老年人的立体综合面貌。

可塑性: 生命质量具有自身和人际动态性, 并非静态指标(Allison, Locker, & Feine, 1997)。不同人或者同一人随年龄和经验变化, 可能会以不同方式评估其生命质量。比如相同临床状况者对疾病有不同预期, 其生命质量也不同(Carr, Gibson, & Robinson, 2001)。老年者生理功能随增龄衰退, 但通过调整自身生理功能期望, 可获得较高生命质量。虽然老年人生命质量的生理维度得分低, 但主观心理体验保持稳定(Kunzmann, Little, & Smith, 2000), 甚至高于较低年龄段, 整体呈 U 型曲线变化(Maxwell, Özmen, Iezzi, & Richardson, 2016)。面对生理等客观指标下降, 老年期的幸福感和生活满意度保持稳定甚至提高, 此现象被称为幸福悖论(subjective well-being paradox)。因此测量生命质量需考虑老年人群体特征, 相应调整生命质量各维度权重, 以便准确地反应该群体状态。

主观性: 客观角度的生命质量强调根据客观可测量指标如生活水平、收入、教育、生理健康状况、社会关系和寿命等评价人。主观角度则强调自我评价, 比如满意度、意义感等等(The WHOQOL Group, 1994)。学界公认, 生命质量包含主观和客观成分(Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998), 但越来越多学者认为, 生命质量的主观成分更重要(Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira, & Martins, 2017)。客观生理功能不佳甚至残疾者仍可维持较高生命质量, 即残疾悖论(disability paradox, Albrecht & Devlieger, 1999)。实证研究也表明, 客观指标对生命质量的预测力较差(Brett et al., 2019; DeSalvo, Bloser, Reynolds, & Muntner, 2006)。由于生命质量的测量以自评为主, 人对自身健康状况的主观评价自然比客观测量更有预测力(Au & Johnston, 2014; Falconer & Quesnel-Vallée, 2017)。强调主观自评和生命质量的主观性成分, 恰恰反映了生命质量研究重视人的社会性和心理状况, 并能解释生理衰退难以解释的残疾悖论和幸福悖论, 更准确地反映人的生存状态。综上所述, 生命质量构成中的主观成分可能更为重要。

单维度与多维度性: 单维度即用一个整体性问题来表示总体生命质量状态(Ferrans, 2007)。比如, WHOQOL-BREF 有条目如“您怎样评价自己近两周的生命质量?” (郝元涛, 方积乾, 2000; Kirouac, Stein, & Pearson, 2017; Vilar, Sousa, & Simoes, 2016)。生命质量评价主观性大, 总体自评预测力优于单纯测量生理功能(Schnittker & Bacak, 2014)。多维度特性将生命质量区分为生理、心理和社会维度, 分别测量(Cummins, 2005; Ralston, 2018)。并且, 更重要的是, 单一条目测量生命质量的区分度差, 主流测量工具如 WHOQOL-100、WHOQOL-BREF 和 SF-36 都同时测量总体状况和特定领域。综上所述, 生命质量应该同时包含单维度和多维度测量方式。

积极和消极性: 生命质量若根据限制和障碍来衡量, 则忽视了影响生命质量的积极因素(Hyde, Wiggins, Higgs, & Blane, 2003; Hyde, Higgs, Wiggins, & Blane, 2015)。显而易见, 积极生活态度和期望对人的生活质量影响重大。这种积极影响有助于老年人实现自我发展, 也有助于整个老年群体面貌的改善。因此, 生命质量应明确包括积极和消极的因素。

上述四个方面, 相比预计健康寿命的日常生活能力视角, 老年人的生命质量呈现出相当积极的面貌。下文重新梳理生命质量的定义和特征,

便于未来研究更准确地使用。

3 奏响老年人生命质量的凯歌

预期寿命增长不一定带来“有作为、快乐”的健康老年生活，以生理功能和ADL为根基的健康预期寿命概念也不能代表高质量老龄生活。高质量老龄生活应当既满足一定生理条件，又在心理方面如愉悦感、掌控感和意义感等有更多正性反馈状态。描述“健康老龄”或“幸福老龄”的图景需用整体视角，建立更综合更立体的评价体系。

传统老年研究多关注老年人缺失和缺损的功能部分。近年较流行的“成功老龄化”概念也根据功能局限区分普通老龄化和成功老龄化(Rowe & Kahn, 1987)。生命质量这一综合概念更符合其核心诉求。它既包含了生理、心理和社会等多维、主观成分，更关注老龄化进程中的积极因素和质量方面。

3.1 “幸福悖论”与“残疾悖论”的启示

国外学者近20年的研究，用躯体和认知功能标准区分老年人的普通老龄化和成功老龄化(Andrews, Clark, & Luszcz, 2002)。国内相关研究也发现，达到“成功老龄化”标准的老年人主要是低龄、男性、受教育时间长、拥有较多家庭财产或月收入者(杜鹏, 加里·安德鲁斯, 2003)。该研究发现，符合成功老龄化标准的老人仅占20.4%。然而不符合成功老龄化标准的老人，因其自评主观性和可塑性影响，生命质量也可能很高。

“幸福悖论”和“残疾悖论”通过对老年人，尤其是那些生理功能欠佳者的研究发现，心理因素能做出独立贡献。“幸福悖论”现象即伴随衰老相关生理功能下降，部分老人的幸福感保持稳定甚至不降反升。“残疾悖论”进一步强调，不仅功能不足老人可维持稳定幸福感，甚至失能或残疾老人也可经心理干预改善其生命质量(Albrecht & Devlieger, 1999; Fredriksen-Goldsen, Kim, Shiu, Goldsen, & Emlet, 2015)。

心理(认知和情感)因素可使部分老年人面对生理衰退逆水行舟，获得更好的生命质量。老年人常见认知功能(如学习记忆、日常生活能力)衰退，日常生活不便的居家老人前瞻记忆(指当事人将要采取什么行动)差、自我报告前瞻记忆障碍多，均与其较低生命质量显著相关(Woods et al., 2015)。但是5年后随访发现，65岁以上老年人经记忆、推理和加工速度等认知过程训练，能有效延缓其生命质量降低(Wolinsky et al., 2006)。可见，认知干预训练可改善老年人认知能力(Corbett et al., 2015)，进而改善其生命质量。

老年人生命质量与其情绪控制水平显著正相关(李向云 等, 2009)，而与孤独感和抑郁负相关(苏红, 王丽娜, 周郁秋, 曹佳颖, 2015; 冯笑, 刘堃, 郭丽娜, 张瑞雪, 刘永闯, 2016)。对自己生活有更强控制感的老人生命质量更高(Bowling, Seetai, Morris, & Ebrahim, 2007)。根据社会情绪选择理论(socioemotional selectivity theory, SST)，人们在衰老过程中更关注情绪相关目标和活动(Carstensen, 1995)。对老年人进行情绪干预可以显著提高其生命质量，比如，积极体验干预可缓解老年人的焦虑、抑郁情绪，进而改善生命质量(陈晓琳等, 2016)。冥想指探索自己内心想法和情感，但不作评价，使人可以深入思考自己的情绪，从而更好地理解和接受生活事件，改善对自己健康状况的感知；同时，这种放松心理状态和高水平精神集中也可改善人的认知功能。因此，冥想可改善老年人生命质量(Levin et al., 2014)。

这两个悖论提示我们，即便生理状况不佳，老年人仍可经心理干预训练，维持认知功能、调整情绪以获得相对较高的生命质量。

3.2 促进身心关系与身心互动

“幸福悖论”和“残疾悖论”体现了心理因素的独立贡献，但心、身因素既统一又相互作用(Hu, Li, Jia, & Xie, 2016)。具身认知研究表明，生理系统状态与变化能够影响人心理系统状态，人的心理(情绪、认知等)活动植根于生理体验与特点，并且生理体验与心理过程之间有对应关系(Dreher, 2004)。另一方面，人的生理系统同样受心理活动影响，认知过程与体验会导致生理系统变化，干预心理因素也可相应地促进生理状态(Gurung, Taylor, & Seeman, 2003; Langer, 2009)。

临床医学认为，老年人常见(慢)病有心理根源。例如，心身疾病(psychosomatic disorder)指由紧张、压抑、焦虑等心理反应所致病变，有器质性病变表现或确定病理过程，心理社会因素在疾病的发生、发展、治疗和预后中有重要作用(杨德森, 1999)。心身疾病是心理影响生理之果(Toumi, Merzoug, & Boulassel, 2018)，主要体现于受植物神经支配的系统与器官，如皮肤系统、循环系统、

消化系统、内分泌系统等。

心理因素比生理因素更为可塑、主观和积极。许多研究证明，干预心理因素可改善老年人的生命质量，并缓解甚至抵消部分生理退化的负面影响(Levy, Zonderman, Slade, & Ferrucci, 2009; 董妍，王琦，邢采，2012)。理解身心关系、心身关系的影响与变化，可以帮助我们更好地开发提升长者生命质量的预防和干预技术。

3.3 社会与家庭的护航

个体层面干预之外，家庭支持显著影响老年人生命质量。社会护航模型(social convoy model)指出，人整个生命过程都有各类支持，这些社会关系会显著影响其健康和幸福感(Antonucci & Akiyama, 1987)。获得家庭支持的老年人生命质量更高(董毅，胡善菊，郭继志，2017)。和与家人同住的老人相比，独居老人抑郁患病率更高、生活满意度更低，因此生命质量更低(马丽娜 等，2009)。家庭和谐、邻里关系和谐且受家人尊敬的老年人更乐观，身心健康水平更好、精神状态更好(张宝平，许红，何中臣，唐贵中，2013)。总之，来自家庭、朋友和重要他人的支持可提高严重精神疾病患者的生命质量(Burns, Sayers, & Moras, 1994; Hasanpour-Dehkordi, Khaledi-Far, Khaledi-Far, & Salehi-Tali, 2016)。

社会为人提供的社会资源也是其生活的重要保障。生命质量的性别差异可能缘于社会因素(刘坤，孙维帅，李燕，孙晓杰，2015)。社会资本(包括日常生活、专家咨询、技能、困境应付等资源)不对等，使得女性在家庭中承担了较多事务，其社会交往和社会参与相应地受限。女性的社会资本比男性少，其生命质量受消极影响。另一方面，社会资本对女性生命质量的影响比对男性的影响大，因此，增加女性的社会资本更能提高其生命质量(刘坤 等，2015)。居民对社区服务(如服务质量、条件等)的满意度影响其生命质量。根据自下而上溢出理论(bottom-up spillover theory)，总体生活满意度与生活各领域满意度有关，而社区服务满意度能较大程度地影响人的总体生活满意度，从而影响生命质量(Sirgy, Gao, & Young, 2008)。

总之，各种个人因素与社会家庭等环境皆影响生命质量，外界环境因素和个人内部生理、心理功能交互影响，如社会支持、能力等可削弱由于精神疾病对患者生命质量的消极影响(Sanchez et al., 2019)，社会关系可以缓解疾病给老年人带来的消极影响，从而降低其死亡率(Antonucci, Birditt, & Webster, 2010; Liao et al., 2015)。社会家庭因素和个人因素一起构成立体的生命质量体系。综合理解老年人个体因素、群体因素的特征和规律，可以帮助研究者和政策制定者更好地应对老龄化进程。

3.4 不可避免的限制，仍有可为的未来

纵然心理因素积极作用多，但老年人的年龄、文化程度、经济状况和性别等人口学变量都会影响生命质量。女性预期寿命比男性长(沈洁，姜庆五，2014)，但其健康相关生命质量(心理、生理指标)均低于男性(Rueda, 2012; 廖昕宇，罗阳，2014)。经济收入是人生活的物质基础，是改善身体健康状况和生活条件的保障，其对生命质量的影响显而易见。社会经济水平高的老年人生命质量更高(Bielderman, de Greef, Krijnen, & van der Schans, 2014)，收入水平低的老年人生命质量更低(张丽等，2014)。过高经济负担降低人的生命质量。乳腺癌患者遭遇的负性经济事件越多(如：自己/配偶的收入变动、借钱、动用储蓄等)则生命质量越低，而经济负担较轻的患者，可维持较高生命质量(Meneses, Azuero, Hassey, McNees, & Pisu, 2012)。教育水平影响人的生活满意度、幸福感等进而影响其生命质量；文化程度越高，其生命质量也越高(郝志海，2014)。

生理健康直接影响生命质量，比如身体机能严重衰退相关疾病、日常生活能力减退等。曲江斌和杨倩(2009)认为慢性病是影响生命质量的主要因素，直接对个体生理领域的得分产生影响，且因迁延日久、无法根治，进一步影响老年人心理状态、日常生活活力等，大幅度降低其生命质量。

上述结论多出自横断研究，慢病患者比正常人群生命质量低非常合理。我们关注的是，已患慢病老人是否还能改善生命质量？结论是肯定的。几项追踪研究发现，老年病患者的活力、社会功能和精神健康自评得分随着时间推移并未下降，反而有所上升(Bonner, Caltabiano, & Berlund, 2013; Tyack et al., 2016)。医疗技术进步，较好地控制各类慢病。对病症可控性的心理预期，有助于老年人优化和改善生命质量。

人口学变量和生理指标等常见影响老年人生命质量因素相对静态、客观，难以干预和改变。

如果老年人功能衰退，比如患严重精神疾病或中重度失能必须由他人照料，则心理干预作用有限。然而，65 岁美国老人的平均余寿为 17.7 年，依赖期仅有 3.8 年，约占 20%余寿(穆光宗，2015)。从综合角度、发展眼光来看，大部分老人的余寿期都可经改善心理因素或提高家庭支持以改进生命质量。

4 总结

本文梳理“预期寿命”、“健康预期寿命”及“生命质量”概念，阐述“生命质量”的综合性和可塑性，介绍了其定义、特征并重点从积极心理干预切入探讨其应用价值。生命质量的四大特征，即可塑性、主观性、积极-消极性和单维度-多维度性，帮助我们从全生命周期视角解读老龄化进程。

并不是一定要达到高标准的生理功能和心理状态才可被界定为“成功老龄化”人群，多数非依赖期老年人都能经改善心理状态促进个人生命质量，减缓生理衰退的负面影响。心理干预多针对认知和情绪两个方面，方法、效果都得到很多研究证实。根据“身心互动”理论，心理状态改善同时也会促进一部分生理功能，帮助老年人“心身相长”。家庭支持对促进老年生命质量也非常重要，可推延和缓冲疾病所致消极影响，提升老年人幸福感。我们应以发展的眼光，关注老年人可塑性，帮助其社会化，积极主动应对老龄化进程，保持乃至提升生命质量。

参考文献

陈晓琳，尹志勤，李思娇，蒋苗苗，蓝雪芬，赵笕婷. (2016). 积极体验干预对农村空巢老年人焦虑、抑郁和生命质量的影响. *中国实用护理杂志, 32*(6), 435–439.

党俊武. (2018). *老龄蓝皮书：中国城乡老年人生活状况调查报告*. 北京:社会科学文献出版社.

董妍，王琦，邢采. (2012). 积极情绪与身心健康关系研究的进展. *心理科学, 35*(2), 487–493.

董毅，胡善菊，郭继志. (2017). 山东省社区养老居民生命质量相关因素及提升路径. *中国老年学杂志, 37*(1), 194–197.

杜鹏，加里·安德鲁斯. (2003). 成功老龄化研究——以北京老年人为例. *人口研究, 27*(3), 4–11.

冯笑，刘堃，郭丽娜，张瑞雪，刘永闯. (2016). 心理资本在社区老年人生命质量与抑郁情绪间的中介效应. *中国实用护理杂志, 32*(18), 1374–1378.

谷琳. (2015). 我国老年人日常生活自理健康预期寿命的差异性分析. *人口与发展, 12*(5), 42–49.

郝元涛，方积乾. (2000). 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明. *现代康复, 4*(8), 1127–1129.

郝志海. (2014). 社区老年人的生命质量水平. *中国老年学杂志, 34*(14), 171–174.

黄匡时. (2018). 健康预期寿命指标中的健康概念及其测量研究. *中国卫生政策研究, 11*(8), 36–43.

焦开山. (2018). 中国老年人健康预期寿命的不平等问题研究. *社会学研究, 33*(01), 116–141+244–245.

李成福，刘鸿雁，梁颖，王晖，李前慧. (2018). 健康预期寿命国际比较及中国健康预期寿命预测研究. *人口学刊, 40*(1), 5–17.

李鹏，王宏，汪洋. (2010). 生命质量在社会医学领域的研究进展. *中国社会医学杂志, 27*(2), 65–67.

李向云，景睿，韩连堂，刘晓冬，孟祥臻，孟庆跃. (2009). 农村老年人生命质量影响因素的多元分析. *中华疾病控制杂志, 13*(5), 544–547.

廖昕宇，罗阳. (2014). 老年妇女生命质量研究进展. *中国老年学杂志*, (13), 3799–3802.

刘坤，孙维帅，李燕，孙晓杰. (2015). 社会性别视角下社会资本与农村老年人生命质量的关系研究. *中国预防医学杂志, 16*(10), 746–750.

马丽娜，汤哲，关绍晨，方向华，吴晓光，刁丽君(2009). 社会家庭因素与老年人生命质量的相关性研究. *中国老年学杂志, 29*(9), 1128–1129.

穆光宗. (2015). 成功老龄化:中国老龄治理的战略构想. *国家行政学院学报*, (3), 55–61.

乔晓春，胡英. (2017). 中国老年人健康寿命及其省际差异. *人口与发展, 23*(5), 2–1.

曲江斌，杨倩. (2009). 临沂市城区老年人生活质量现况及其影响因素调查. *中国预防医学杂志, 10*(3), 195–197.

沈洁，姜庆五. (2013). 2005—2010 年中国城市居民期望寿命性别差异的分析. *中华流行病学杂志, 34*(7), 690–695.

沈卓之，丁贤彬，王豫林，毛德强，曾艺，康纪明. (2015). 重庆市老年人自评失能状况及健康期望寿命测算研究. *现代预防医学, 42*(8), 1460–1464.

苏红，王丽娜，周郁秋，曹佳颖. (2015). 内蒙古自治区某地城乡空巢老年人孤独感与生命质量关系的比较研究. *中国实用护理杂志, 31*(12), 926–930.

孙喜望，赵超，李琳琳，宋敏敏，冯丽云. (2011). 郑州市≥65 岁老年人健康预期寿命及影响因素. *中国公共卫生, 27*(7), 825–827.

谭远发，朱明姣，周葵. (2016). 平均预期寿命、健康工作寿命与延迟退休年龄. *人口学刊, 38*(1), 26–34.

杨德森. (1999). 精神疾病国际与美国分类法的比较(上). *临床精神医学杂志*, (3), 167–169.

张宝平，许红，何中臣，唐贵忠. (2013). 重庆农村老龄人口的生活质量调查. *中国卫生事业管理, 30*(4), 305–310.

张迪，何作顺. (2015). 老年人生命质量研究状况. *中国老年学杂志, 35*(2), 536–538.

张姣姣，曹梅娟. (2010). 老年人生活质量评价指标的研究

现状与思考. *护理学杂志, 25*(18), 92–94.

张丽, 王健, 黄飞, 吴树运, 方玉凤, 闫晓娜. (2014). 山东省农村居民收入水平与生命质量的关系研究. *中国卫生事业管理, 31*(1), 51–53.

Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science & Medicine, 48*(8), 977–988.

Allison, P. J., Locker, D., & Feine, J. S. (1997). Quality of life: A dynamic construct. *Social Science and Medicine, 45*(2), 221–230.

Andrews, G., Clark, M., & Luszcz, M. (2002). Successful aging in the Australian longitudinal study of aging: Applying the MacArthur model Cross-Nationally. *Journal of Social Issues, 58*(4), 749–765.

Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journals of Gerontology, 42*(5), 519–527.

Antonucci, T. C., Birditt, K. S., & Webster, N. J. (2010). Social relations and mortality: A more nuanced approach. *Journal of Health Psychology, 15*(5), 649–659.

Au, N., & Johnston, D. W. (2014). Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? *Social Science & Medicine, 121*, 21–28.

Bielderman, A., Greef, M. H. G. D., Krijnen, W. P., & Schans, C. P. V. D. (2015). Relationship between socioeconomic status and quality of life in older adults: A path analysis. *Quality of Life Research, 24*(7), 1697–1705.

Bonner, A., Caltabiano, M., & Berlund, L. (2013). Quality of life, fatigue, and activity in australians with chronic kidney disease: A longitudinal study. *Nursing & Health Sciences, 15*(3), 360–367.

Bowling, A., Seetai, S., Morris, R., & Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing, 36*(3), 310–315.

Brett, C. E., Dykiert, D., Starr, J. M., & Deary, I. J. (2019). Predicting change in quality of life from age 79 to 90 in the Lothian Birth Cohort 1921. *Quality of Life Research, 28*(3), 737–749.

Burns, D. D., Sayers, S. L., & Moras, K. (1994). Intimate relationships and depression: Is there a causal connection? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(5), 1033–1043.

Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, *322*(7296), 1240–1243.

Carr, A. J., & Higginson, I. J. (2001). Measuring quality of life. Are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal, 322*(7298), 1357–1360.

Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science, 4*(5), 151–156.

Corbett, A., Owen, A., Hampshire, A., Grahn, J., Stenton, R., & Dajani, S., et al. (2015). The effect of an online cognitive training package in healthy older adults: An online randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*(11), 990–997.

Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(10), 699–706.

DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine, 21*(3), 267–275.

Dreher, H. (2004). *Mind-body unity: A new vision for mind-body science and medicine*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Falconer, J., & Quesnel-Vallée, A. (2017). Pathway from poor self-rated health to mortality: Explanatory power of disease diagnosis. *Social Science & Medicine, 190*, 227–236.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1439–1446.

Ferrans, C. E. (2007). Differences in what quality-of-life instruments measure. *Journal of the National Cancer Institute Monographs, 2007*(37), 22–26.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emlet, C. A. (2015). Successful aging among lgbt older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist, 55*(1), 154–168.

Gladman, J. R. F. (2019). Personal growth and development in old age—a clinician’s perspective. *Age and Ageing*, 48(1), 8–10.

Gurung, R. A. R., Taylor, Shelley E., & Seeman, Teresa E. (2003). Accounting for changes in social support among married older adults: Insights from the Macarthur studies of successful aging. *Psychology & Aging, 18*(3), 487–496.

Hasanpour-Dehkordi, A., Khaledi-Far, A., Khaledi-Far, B., & Salehi-Tali, S. (2016). The effect of family training and support on the quality of life and cost of hospital readmissions in congestive heart failure patients in Iran. *Applied Nursing Research, 31*, 165–169.

Hu, T. Y., Li, J., Jia, H., & Xie, X. (2016). Helping others, warming yourself: Altruistic behaviors increase warmth feelings of the ambient environment. *Frontiers in Psychology, 7*(464), 1349.

Hyde, M., Higgs, P., Wiggins, R. D., & Blane, D. (2015). A decade of research using the CASP scale: Key findings and future directions. *Aging & Mental Health, 19*(7), 571–575.

Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: The theory,

development and properties of a needs satisfaction model (casp-19). *Aging & Mental Health, 7*(3), 186–194.

Kirouac, M., Stein, E. R., & Pearson, M. R. (2017). Viability of the world health organization quality of life measure to assess changes in quality of life following treatment for alcohol use disorder. *Quality of Life Research, 26*(11), 2987–2997.

Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the berlin aging study. *Psychology and Aging, 15*(3), 511–526.

Langer, E. J. (2009). *Counterclockwise: Mindful health and the power of possibility*. New York: Ballantine Books.

Levin, A., Hadgkiss, E., Weiland, T., Marck, C., van der Meer, D., Pereira, N., & Jelinek, G. (2014). Can meditation influence quality of life, depression, and disease outcome in multiple sclerosis? Findings from a large international web-based study. *Behavioural Neurology, 2014*, 916519.

Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2009). Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychological Science, 20*(3), 296–298.

Liao, C. C., Yeh, C. J., Lee, S. H., Liao, W. C., Liao, M. Y., & Lee, M. C. (2015). Providing instrumental social support is more beneficial to reduce mortality risk among the elderly with low educational level in Taiwan: A 12-year follow-up national longitudinal study. *Journal of Nutrition Health & Aging, 19*(4), 447–453.

Maxwell, A., Özmen, M., Iezzi, A., & Richardson, J. (2016). Deriving population norms for the aqol-6d and aqol-8d multi-attribute utility instruments from web-based data. *Quality of Life Research, 25*(12), 3209–3219.

Meneses, K., Azuero, A., Hassey, L., McNees, P., & Pisu, M. (2012). Does economic burden influence quality of life in breast cancer survivors? *Gynecologic Oncology, 124*(3), 437–443.

Moons, P., Budts, W., & Geest, S. D. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies, 43*(7), 891–901.

Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory, J. D., & Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring? *British Medical Journal, 316*(7130), 542.

Murray, C. J., Barber, R. M., & Foreman, K. J. (2015). Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: Quantifying the epidemiological transition. *Lancet, 386*(10009), 2145–2191.

Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin, 85*(1), 113-126.

Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal, 2*(1), 6–12.

Ralston, M. (2018). The role of older persons' environment in aging well: Quality of life, illness, and community context in South Africa. *The Gerontologist, 58*(1), 111–120.

Ratcliffe, J., Lancsar, E., Flint, T., Kaambwa, B., Walker, R., Lewin, G., Luszcz, M., & Cameron, I. D. (2017). Does one size fit all? Assessing the preferences of older and younger people for attributes of quality of life. *Quality of Life Research, 26*(2), 299–309.

Roberts, L., Banyard, V., Grych, J., & Hamby, S. (2019). Well-being in rural Appalachia: Age and gender patterns across five indicators. *Journal of Happiness Studies, 20*(2), 391–410.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science, 237*(4811), 143–149.

Rueda, S. (2012). Health inequalities among older adults in spain: The importance of gender, the socioeconomic development of the region of residence, and social support. *Women's Health Issues, 22*(5), 483–490.

Sanchez, J., Muller, V., Chan, F., Brooks, J., Iwanaga, K., Tu, W., & Crespo-Jones, M. (2019). Personal and environmental contextual factors as mediators between functional disability and quality of life in adults with serious mental illness: A cross-sectional analysis. *Quality of Life Research, 28*(2), 441–450.

Schnittker, J., & Bacak, V. (2014). The increasing predictive validity of self-rated health. *PLoS ONE,* 9(1), e84933.

Shackleford, J. L., Kelley, S, J., & Spratling, R. (2019). Applying the self-determination theory to health-related quality of life for adolescents with congenital heart disease. *Journal of Pediatric Nursing, 46*, 62–71.

Sirgy, M. J., Gao, T., & Young, R. F. (2008). How does residents' satisfaction with community services influence quality of life (QOL) outcomes? *Applied Research in Quality of Life, 3*(2), 81–105.

The WHOQOL Group. (1994). *The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL)*. Berlin, German: Springer-Verlag.

The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine, 46*(12), 1569–1585.

Toumi, M. L., Merzoug, S., & Boulassel, M. R. (2018). Does sickle cell disease have a psychosomatic component? A particular focus on anxiety and depression. *Life Sciences, 210*, 96–105.

Tseng, Y. C., Liu, H. Y., Lou, M. F., & Huang, G. S. (2018). Quality of life in older adults with sensory impairments: A systematic review. *Quality of Life Research, 27*(8), 1957–1971.

Tyack, Z., Frakes, K., Barnett, A., Cornwell, P., Kuys, S., & McPhail, S. (2016). Predictors of health-related quality of life in people with a complex chronic disease including multimorbidity: A longitudinal cohort study. *Quality of Life Research, 25*(10), 2579–2592.

Vilar, M., Sousa, L. B., & Simoes, M. R. (2016). The European Portuguese Whoqol-old module and the new facet family/family life: Reliability and validity studies. *Quality of Life Research, 25*(9), 2367–2372.

Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society, 25*(4), 585–600.

Wolinsky, F. D., Unverzagt, F. W., Smith, D. M., Jones, R., Stoddard, A., & Tennstedt, S. L. (2006). The ACTIVE cognitive training trial and health-related quality of life: Protection that lasts for 5 years. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences, 61*(12), 1324–1329.

Woods, S. P., Weinborn, M., Li, Y. R., Hodgson, E., Ng, A. R. J., & Bucks, R. S. (2015). Does prospective memory influence quality of life in community-dwelling older adults? *Aging, Neuropsychology, and Cognition, 22*(6), 679–692.

Marching to the rhythm of "quality of life" on elders

XIE Xiaofei; DENG Zhou; LI Mushi; ZHU Minfan

(*School of Psychological and Cognitive Sciences and Beijing Key Laboratory of Behavior and Mental Health, Peking University, Beijing* 100871, *China*)

Abstract: It is critical to define the indicators when discussing "Healthy Aging". "Quality of Life (QoL)" as a comprehensive concept, includes physical, psychological, social and environmental aspects, which surpasses traditional definitions such as "life expectancy" and "healthy life expectancy". QoL is a widely accepted concept that emphasizes on subjectivity, plasticity and multi-dimension. Interventions based on positive psychological factors promoting elder's QoL are explored. The recessing of physical system is unavoidable during the aging process, but active participation of individual's psychological system could march to the rhythm of "quality of life" on elders.

Key words: quality of life; life expectancy; healthy life expectancy; healthy aging